

Therapie bei Wochenbettsblutungen

Egon Tassani-Prell

aus Selb/Ofr.

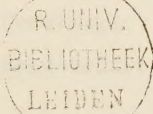
1 9 5 8

Aus der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt
und Frauenklinik Bamberg
Direktor: Obermedizinalrat Professor Dr.med. W. Lüttge

Therapie bei Wochenbettsblutungen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander Universität
zu

Erlangen



Vorgelegt von
Egon Tassani-Prell
aus Selb/Ofr.

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen.

Dekan: Professor Dr. N. H e n n i n g
Referent: Professor Dr. W. L ü t t g e
Korreferent: Professor Dr. R. D y r o f f

Tag der mündlichen Prüfung: 30./31.7.1958

I n h a l t

	<u>Seite</u>
I. Ursachen von Blutungen im Wochenbett...	4
a) Die Blutungen infolge mangelhafter Rückbildung des Uterus - Retraktionsverzugsblutungen.....	5
b) Die puerperale Inversio uteri.....	6
c) Die Retention von Nachgeburtsresten.	6
d) Blutungen infolge puerperaler Infektion.....	6
II. Retention von Plazentaresten.....	7
III. Therapie der Wochenbettsblutungen.....	10
IV. Therapie der Wochenbettsblutungen bei gleichzeitig bestehendem Fieber.....	19
V. 30 Fälle von Wochenbetts-Curettagen aus der Staatlichen Frauenklinik Bamberg...	21
VI. Zusammenfassung.....	33
VII. Fieberkurven.....	37
VIII. Literaturverzeichnis.....	44

Zeichenerklärung

-  Curettage
 Schüttelfrost

Die Zahlen in runden Klammern hinter den Namen der Autoren bedeuten die fortlaufende Nummer im Literaturverzeichnis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548210_0080

I. Ursachen von Blutungen im Wochenbett

Aus der Vielfalt der Einteilungen der Wochenbettsblutungen möchte ich mich der Meinung von W. S i g w a r t (53) anschließen, der die Blutungen im Wochenbett nach ihren Ursachen einteilt und dabei die Trennung von Blutungen im Früh-Wochenbett und Spät-Wochenbett weitgehend unberücksichtigt läßt.

Die Einteilung in Früh- und Spät-Wochenbett ist meines Erachtens deswegen mangelhaft, weil eine scharfe Trennung ja nicht möglich ist. Der Übergang der rein blutigen Lochien in den ersten Tagen nach dem Partus über blutig-seröse Lochien in schließlich rein seröse, etwa am Ende der ersten Woche, vollzieht sich allmählich. Ebenso allmählich vollzieht sich die Rückbildung des Uterus, die bekanntlich bis etwa acht Wochen andauert.

Wenn überhaupt in Früh- und Spät-Wochenbett eingeteilt werden soll, so halte ich die Einteilung von R. F r e u n d (16) für am gegebenensten, der bedeutendere Blutungen, die nicht vor dem zweiten Tage des Wochenbetts auftreten, als Spät-Blutungen bezeichnet.

W. S i g w a r t teilt nach folgendem Schema⁺⁾ ein:

- A. Blutungen aus den physiologischen Geburtswunden
- B. Blutungen aus geburtshilflichen Rißwunden
 - 1. Freie Blutungen nach aussen
 - 2. Hämatombildungen
- C. Blutungen aus dem pathologisch veränderten Genitale

Für nachfolgende Arbeit sind die unter A genannten Ursachen von Bedeutung. Als Blutungen aus den physiologischen Geburtswunden kommen in Frage:

+) (53) a.a.O. Seite 802

- a) Die Blutungen infolge mangelhafter Rückbildung des Uterus - Retraktionsverzugsblutungen
- b) Die puerperale Inversio uteri
- c) Retention von Nachgeburtsresten
- d) Blutungen infolge puerperaler Infektion

a) Die Blutungen infolge mangelhafter Rückbildung
des Uterus - Retraktionsverzugsblutungen

Die Blutungen infolge mangelhafter Rückbildung des Uterus betreffen in erster Linie die Nachgeburtsperiode und weniger das Wochenbett. Wird die Rückbildung verzögert, so sehen wir meistens ein längeres Blutigbleiben der Lochien infolge ungenügenden Verschlußes der Venen-Lumina an der Plazentarestelle. Meist kommen die Blutungen jedoch bald zum Stehen, da die Gefäß-Lumina durch die einsetzende Thrombosierung verschlossen werden. In seltenen Fällen kann es auch im späteren Wochenbett, meist beim ersten Aufstehen der Patientinnen, durch Loslösung derart gebildeter Thromben wieder zum Einsetzen von weniger starken Blutungen kommen. Da nun Blutungen aus dieser Ursache nur leicht sind und kaum je einen bedrohlichen Charakter annehmen, sind diese im allgemeinen mit rein konservativen Maßnahmen gut zu beherrschen. Man wird mit Gaben von Secale-Präparaten, Eisblase und Bettruhe auskommen. Irgendwelche intrauterinen Eingriffe sind einmal nicht notwendig und zum anderen auch kontraindiziert wegen des hohen Keimgehaltes. Von verschiedenen Autoren werden u.a. auch teils kalte (S i g w a r t (53)), teils heiße Scheidenspülungen (L ü t t g e (34)) empfohlen.

b) Die puerperale Inversio uteri

Die Inversio uteri tritt meist direkt im Anschluß an die Geburt ein und kann unter Umständen zu schweren Blutungen Anlaß geben, da einmal in diesen Fällen ein Gefäßverschluß der Venen der Plazentarestelle kaum möglich ist und zum anderen der invertierte Uteruskörper durch die Abschnürung von seiten des Cervix-Ringes sich in dem Zustand einer hochgradigen Stauung befindet.

Da die Inversio uteri ein nicht zu übersehendes Ereignis ist, bei dem sofort eingegriffen werden muß und die Therapie meist einzig und allein mit der Re-Inversion erschöpft ist, ist die Inversio der Gebärmutter im Wochenbett kaum von Bedeutung. Es bleibe aber nicht unerwähnt, daß auch derartige Fälle von Inversio uteri im Wochenbett beschrieben wurden. Meist ist es dabei so, daß die Inversio im Anschluß an die Geburt nur eine partielle war und sich erst im Wochenbett zu einer vollkommenen Inversion ausbildete.

(S c h e f f e n (44)).

Gelingt die Re-Inversion nicht sofort, so bleibt nur die operative Reposition übrig.

c) Die Retention von Nachgeburtsresten

Siehe unter II.

d) Blutungen infolge puerperaler Infektion

Die Blutungen infolge puerperaler Infektion ohne Plazentaretention haben nur eine untergeordnete Bedeutung. Wie W. S i g w a r t (53) mitteilt, habe er nur selten stärkere Blutungen bei puerperaler Infektion gefunden. Daß jedoch Blutungen infolge Entzündung, sei

es des Uterus selbst oder der Adnexe, auftreten können, ist leicht erklärbar durch die Hyperämie auf entzündlicher Basis und durch die schlechtere Involution, hervorgerufen durch entzündliche Schwellung des Uteruskörpers und vor allem auch seiner Anhänge. Bei der Therapie dieser meist doch nur geringgradigen Blutungen gilt es in erster Linie die Entzündung zu bekämpfen. Damit ist auch die mit der Entzündung verbundene Blutung kausal angegangen.

II. Retention von Plazentaresten

Die häufigste Ursache von Blutungen im Wochenbett besteht offensichtlich in der Retention von Nachgeburtsresten. Über die Häufigkeit von Blutungen aus Plazentaretentionen finden wir in der Literatur recht verschiedene Angaben. W. S i g w a r t (53) fand unter rund 2500 Geburten nur eine schwere Blutung im Wochenbett infolge Retention eines Plazentarestes. Diese Angabe entspricht auch etwa den Erfahrungen an der Staatl. Frauenklinik Bamberg, wo unter rund 50000 Geburten (in der Zeit von 1934 bis Mai 1958) 30 Fälle von schweren Wochenbettsblutungen auftraten (= 0,6 pro mille), die allein auf konservative Therapie nicht zum Stehen gebracht werden konnten. Auch K l a f t e n (30) fand nur eine Wochenbettsblutung auf 2000 Geburten (= 0,5 pro mille), B a l a r d (4) 2 pro mille. Weit häufiger finden Blutungen im Wochenbett v. M i k u l i c z - R a d e c k i (37): 1,9 %, F r o s c h a u e r (19): 3,6 %. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Begriff "schwere Blutungen" recht dehnbar ist und diese statistischen Zahlen nur ein ungefähres Bild über die

Häufigkeit von Blutungen im Wochenbett geben.

Ob es sich nun um Plazentarestes oder Reste von Eihäuten handelt, spielt dabei eine untergeordnete Rolle, da eine derartige Differenzierung allein aus den klinischen Erscheinungen nicht möglich ist und die genaue Diagnose erst retrograd nach Entfernung der Reste gestellt werden kann. Auch für die Therapie ist es gleichgültig, ob es sich um Eihaut- oder Plazentarestes handelt, falls eine stärkere Blutung zum Handeln zwingt. Im allgemeinen werden wir jedoch bei der Retention von Eihautresten nur ausnahmsweise schwere Blutungen beobachten; wir wissen, daß in den allermeisten Fällen zurückgebliebene Eihautreste oder auch eine Retention der gesamten Eihäute gar keine klinischen Erscheinungen machen. Sie werden vielmehr ohne Blutungen oder Fieber zu verursachen während des Wochenbettes ganz von selbst ausgestoßen. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei zurückgebliebenen Plazentaresten. Hier werden wir nur in den allerseltensten Fällen eine Ausstoßung des Restes ohne Blutungen beobachten. Vielmehr stellt eine placentare Retention, sei es auch nur eines ganz kleinen Restes, eine gefürchtete Komplikation des Wochenbettes dar. Nicht umsonst wird von unseren klinischen Lehrern und in den Lehrbüchern der Geburtshilfe immer wieder mit Nachdruck darauf hingewiesen, die geborene Plazenta mit größter Sorgfalt auf ihre Vollständigkeit zu prüfen. Eine Nachlässigkeit bei dieser Prüfung kann unter Umständen die schwerwiegendsten Folgen für eine Wöchnerin bedeuten. Hegt man für die Vollständigkeit der Plazenta auch nur die geringsten Zweifel, so versäume man nicht, weitere Proben zur Prüfung der Vollständigkeit heranzuziehen, wozu die Milchprobe und die Kochprobe am geeignetsten er-

scheinen. Erwähnt sei noch die Luftprobe und die chemische Probe nach Hacke, die auf einem Niederschlag beruht, der beim Zusammenkommen von Natriumsulfat und Bariumsulfat entsteht. Auch kann man die Plazenta mit einer 20-50 %igen Salizylsäure übergießen um die farblichen Unterschiede zwischen Decidua- und Plazentargewebe besser erkennen zu lassen.

Hat man aufgrund der Besichtigung oder einer dieser Proben die Unvollständigkeit der Plazenta nachgewiesen oder ist man sich trotz Proben noch nicht über die Vollständigkeit im klaren, d.h. besteht auch nur der Verdacht auf Unvollständigkeit, so ist man zur Nachtastung verpflichtet, um den retinierten Rest zu entfernen, da man sich auf keinen Fall auf die spontane Ausstoßung dieses Plazentarestes, auch nach Gabe von Wehenmitteln etc., verlassen darf.

Auf die Ursachen einer Plazentarestverhaltung sei in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen, da es für die Therapie gleichgültig ist, ob es sich um eine partielle Adhärenz oder etwa um eine kleine Nebenplazenta handelt oder ob, wie H.H. Schmid (46) feststellt, die häufigste Ursache des Zurückbleibens eines Plazentarestes eine traumatische Störung des normalen Lösungsmechanismus ist. Insbesondere macht H.H. Schmid den unrichtig und vorzeitig ausgeführten Credéschen Handgriff verantwortlich. Eine weitere Ursache für das Zurückbleiben von Plazentaresten wird in der Zunahme der Gonorrhoe gesehen, aufgrund einer dadurch bedingten örtlichen Schädigung der Uterusschleimhaut. (Kernmauner (28)). Auch die Zunahme der unspezifischen entzündlichen Erkrankungen der Gebärmutter spielt eine nicht unbedeutende Rolle.

Daß es aufgrund einer Restverhaltung der Plazenta zu Blutungen im Wochenbett kommt, ist leicht erklärbar, denn erstens ist die Folge eines Residuums eine schlechte Involution des Uterus und diese wiederum die Ursache von protrahierten Blutungen und zweitens kommt es bei der teilweisen Loslösung dieses Restes zu Blutungen. Während die Blutungen infolge der schlechten Involution nur mäßig sind, können diejenigen aufgrund der teilweisen Loslösung recht bedrohlich werden und die Wöchnerin sogar in Lebensgefahr bringen.

Blutet es über längere Zeit nur in geringerem Maße, so daß mit einer aktiven Therapie noch abgewartet werden kann, so kommt es meistens durch Bildung der sogenannten Plazentarpolypen, die ein Konglomerat von Plazentargewebe, Blut und Fibrin darstellen. Daß auch kleine Plazentarestchen Anlaß zu schweren Blutungen oder Bildung von Plazentarpolypen geben können, ist hinreichend bekannt, ebenso die Tatsache, daß auch ohne Residuum placentaе sich ein Plazentarpolyp entwickeln kann. Jeder Geburtshelfer, auch wenn er noch so sorgfältig bei der Prüfung auf Vollständigkeit der Plazenta vorgeht, erlebt doch hin und wieder, wenn auch sehr selten, eine schwere Blutung im Wochenbett infolge Plazentaretention.

III. Therapie der Wochenbettsblutungen

Jeder Geburtshelfer, der eine Blutung im Wochenbett zu behandeln hat, wird zunächst versuchen mit konservativen Maßnahmen auszukommen. Dabei gilt es den Uterus zur Kontraktion zu bringen und eine evtl. bestehende Blutstauung zurückzudämmen. Die wirksamsten Mittel zur

Kontraktion stehen uns in den Mutterkornpräparaten zur Verfügung. Ferner ist das Auflegen einer Eisblase geeignet die Blutung zum Stehen zu bringen.

Selbstverständlich ist strenge Bettruhe angezeigt. Sehr häufig werden wir mit dieser Methode Erfolg haben und die Blutung zum Stehen bringen.

Blutet es jedoch weiter, oder sind die Blutungen von vornherein derart stark, daß wir mit diesen konservativen Maßnahmen keinen Erfolg haben, so sind wir gezwungen auf irgendeine Art einzugreifen.

Wie nun gehandelt werden soll, ist eines der strittigsten Probleme der Geburtshilfe. Wir finden in der Literatur die verschiedensten Ansichten und Meinungen, von der konservativsten Einstellung bis zum aktivsten Vorgehen. Noch brennender wird die Frage, wenn gleichzeitig Fieber besteht.

Am verbreitetsten finden wir die Einstellung, die auch H.H. S c h m i d (45) hat[†]) Digitale Entfernung des Restes unter Penicillinschutz als Therapie der Wahl, wenn ein Plazentarest oder -Polyp festgestellt ist. Ist die Blutung nicht nennenswert oder bestehen subfebrile Temperaturen, so verhält sich H.H. S c h m i d in Anlehnung an W i n t e r (64), S i e d e n t o p f (50) u.a. konservativ.

Auch W. S i g w a r t (53) löst und entfernt den Plazentarest mit dem Finger und weist darauf hin, daß bei diesem Eingriff schonendstes Vorgehen geboten ist. Nach der digitalen Entfernung des Plazentarestes empfiehlt er eine ausgiebige Spülung des Uterus. Er rät ganz entschieden vom Gebrauch der Curette ab, um damit evtl. noch kleinere Reste, die mit dem Finger nicht gelöst werden konnten, zu entfernen. Statt der

+) (45) a.a.O. Seite 898

Curette versucht er, mit einer Uterusspülung diese kleineren Plazentarestes herauszuschwemmen. Als Spülungsflüssigkeit empfiehlt er heißen 50 %igen Alkohol, Jod-Alkohol, Rivanol oder Dakin'sche Lösung. Bei der Verwendung der Curette befürchtet er bereits gebildete Thromben wieder aufzureißen und neue Wunden zu setzen.^{+))}

W. S t o e c k e l (56) empfiehlt das kombinierte Arbeiten beider Hände: eine im Uterus, die andere auf der Bauchdecke. Er weist besonders auf die Infektionsgefahr hin und bezeichnet die Lösung von Plazentaresten im Wochenbett als eine der allergefährlichsten Operationen.

Ebenso hält E. B u m m (7) die Entfernung der Plazentarestes am schonendsten in Narkose mit dem Finger bei entsprechendem Gegendruck von den Bauchdecken her. Zur Verwendung der Curette schreibt er folgendes!^{+))}

" Die Curette zu diesem Zweck zu verwenden ist wegen der außerordentlichen Brüchigkeit und Weichheit der Uteruswände in den ersten Wochen des Puerperiums nicht ungefährlich. Selbst dem Geübten kann es passieren, daß er mit der Curette in die Bauchhöhle durchbricht und so schweres Unheil anrichtet. Auch Fieber, Thrombophlebitis und Pyämie können auf die Verwendung der Curette hin eintreten, wenn beim Schaben mit dem Instrument an der Plazentarhaftstelle thrombosierte Venensinus bloßgelegt und infiziert werden. "

B u m m empfiehlt auch später, also in der dritten und vierten Woche, die Curette wegzulassen. Er empfiehlt zunächst ruhige Lage, kalte Spülungen der Scheide und Secale. Wenn das nichts hilft, rät er bis zur fünften, sechsten Woche zu warten und dann nach Involution des Uterus zu curettieren. Dann sei es nicht mehr gefährlich.

+) (53) a.a.O. Seite 815 - ++) (7) a.a.O. Seite 671

G. W i n t e r (65) gibt uns folgende Regeln zur Beachtung, wenn eine stärkere Blutung zum sofortigen Eingriff zwingt⁺⁾

- 1) Vor der Entfernung langdauernde Auswaschung der Uterushöhle mit 1 %iger Kresol-Seifenlösung.
- 2) Vorsichtige Ablösung des Plazentastückes mit den Fingern unter möglichster Vermeidung von äußerem Druck. Bei bestehender Adhärenz vorsichtiges Abschaben mit großer, stumpfer Curette unter Vermeidung jedes Druckes.
- 3) Desinfektion der Lösungsstelle durch Ausspülen mit 50 %igem Alkohol oder Auswaschen mit Jodtinktur.
- 4) Sofortige und mehrere Tage zu wiederholende Verabreichung von Ergotin-Präparaten.

Diese Regeln gelten aber nur für das fieberlose Wochenbett. Im fieberhaften soll man den Spontanabgang eines Plazentarpolypen zu erreichen suchen.

R.v. B r a u n - F e r n w a l d (6) teilt ein in Blutungen im Früh-Wochenbett während der ersten acht Tage und im Spät-Wochenbett nach dem achten Tag. In den ersten acht Tagen empfiehlt er bei schweren Blutungen und Verdacht auf Plazentaretention mit zwei Fingern durch den Muttermund einzugehen, die einzelnen Partien auszutasten und den Plazentarest zu lösen. Anschließend intrauterine Irrigation mit antiseptischer Lösung, kalt, oder nach hochgradigen Blutverlusten heiß. Oder uterine und vaginale Jodoformgaze-Tamponade. Tampon 24 Stunden liegen lassen. Von der Curette rät er in der ersten Zeit ab, aber wenn sie schon verwendet werden soll, dann nur die breite, stumpfe. Erst im späteren Wochenbett (4 Wochen post partum) sei die Excochleation nicht mehr gefährlich und bei schweren Blutungen zu machen. Bei leichten Blutungen

⁺⁾ (65) a.a.O. Seite 435

empfiehlt er Massage und Expression des Uterus, kalte oder heiße Spülungen, Secale, evtl. vaginale Tamponade.

K e h r e r (26) löst ebenfalls Plazentarestes mit dem Finger oder benutzt die Polypenzange.

P.W. S i e g e l (51) empfiehlt den Plazentarest mit zwei Fingern zu lösen und lehnt eine Tamponade wegen der Infektionsgefahr ab. Er verhält sich ebenfalls ablehnend zur Benützung der Curette und empfiehlt sie nur bei erfolgloser konservativer Behandlung, bei starken Blutungen und bei Unmöglichkeit einwandfreier digitaler Austastung und auch dann nur die große, breite, stumpfe Curette zu benutzen.

Weitere Anhänger der Methode, Plazentarestes mit dem Finger auszuräumen, sind: A h l f e l d (2), C a p p o n (8), E l l e r b r o e k (12), F r o m m e (18), H o e h n e (22), K a t z (25), K l a f t e n (30), O l s h a u s e n (40), P h i l i p p (42), S i e g e r t (52).

Entgegen dieser konservativen Einstellung bevorzugen einige Autoren die Curette zur Entfernung von Plazentaresten im Wochenbett.

Einer der Aktivsten ist W. L ü t t g e (34). Er fordert die Wegnahme der Gebärmutter Schleimhaut und schreibt dazu folgendes!)

" Es genügt jedoch nicht, den Plazentarest zu entfernen, sondern wir haben neben dieser Retention noch eine viel gefährlichere Komponente zu beheben: Das ist das septische, intrauterine Exsudat, wel-

+) (34) a.a.O. Seite 1067

ches sich automatisch bei jeder Plazentaretention einstellt und dem wir in stärkstem Maße unser Augenmerk widmen müssen. "

Er empfiehlt deshalb eine heiße, präoperative intrauterine Spülung mit einem Desinfizienz (Alkohol, Sagrotan, Lysoform, Chinosol, Zephirol, etc.). Er sieht darin folgende Vorteile:*)

- 1) Mechanische Herausschwemmung des septischen Exsudates.
- 2) Durch die Hitze (48°C) kommt es zur maximalen Kontraktion des Uterus. Dadurch wird das Wundbett kleiner, der folgende Eingriff also ungefährlicher; die Uterusmuskulatur wird dicker, die Gefahr der Perforation also geringer. Ferner wird durch die maximale Kontraktion des Uterus eine gewisse Blockierung der Gefäße erreicht, die Keime werden beim Eingriff nicht so leicht in die offenen Gefäß-Lumina hineinmassiert. Das gleiche gilt für die Uteruszellen.
- 3) Desinfektion. Gonokokken sterben bei dieser Temperatur ab.

Bei der Ausräumung von Plazentaresten gibt uns W. L ü t t g e folgende Technik an: Jodierung der Scheide und des Muttermundes. Dilatation mit Hegar-Stiften. Heiße (48°C) Alkoholspülung (50 %ig) - jetzt 1/2 %ige Sagrotanlösung, von 1/2 bis 1 Liter mittels Rücklaufkatheter, fließend eingeführt. 1 ccm Pituglandol oder Orasthin in den Muttermund. Digitale oder instrumentelle Ausräumung und Curettage der Schleimhaut. Wiederum heiße Spülung, in Ausnahmefällen Tamponade für 12 Stunden, unter Applikation von 1 ccm Ergotin gezogen.**)

Ein gleichzeitig bestehendes Fieber bildet für W. L ü t t g e keine Gegenindikation zu diesem Eingriff.

+) (34) a.a.O. Seite 1067 - ++) (34) a.a.O. Seite 1068

Auch F. d'E r c h i a (13) und A. C o u v e l a i r e (9) geben bei Plazentaretentionen der Curette den Vorzug.

v.M i k u l i c z - R a d e c k i (37) berichtet über 22 Fälle von Curettage im Wochenbett, die er ohne Mortalität und mit gutem Erfolg vorgenommen habe. Davon habe er 5 mal in der zweiten Woche post partum, 12 Fälle in der dritten Woche post partum und die restlichen 5 Fälle zu einem noch späteren Zeitpunkt curettiert.

P. B a l a r d (5) berichtet über 50 Fälle von Wochenbettsblutungen. 26 durch Plazentaretention und 24 durch puerperale Infektion. Bei beiden Gruppen waren Fälle mit erhöhten Temperaturen vorhanden. Die Infektionsblutungen traten am 7. bis 12. Tag post partum, die Retentionsblutungen erst später, am 12. bis 15. Tag post partum auf. Bei beiden Gruppen ging Balard folgendermaßen vor: Medikation, Eisblase, heisse Spülungen, Austastung, Curettage, Tamponade und in extremen Fällen Totalexstirpation.

S t e w e n s (55) nimmt zwar selbst einen weitgehend konservativen Standpunkt ein, hält aber die Gefahr einer Perforation durch die Curette für unbedeutend und die Gefahr der Infektion für geringer als allgemein angenommen wird. Er empfiehlt eine vorsichtige Abrasio mit der stumpfen Curette in einer Klinik, wenn die konservative Therapie erschöpft ist.

A. M e n a c h e (36) berichtet über einen Fall von schwerster Blutung am 14. Tag post partum, verursacht

durch einen mit Streptokokken infizierten Plazentarest. Da eine digitale Entfernung unmöglich gewesen sei, benutzte er die halbscharfe Curette und berichtet über eine Heilung nach fünf Tagen.

O. F r a n k l (15) teilt 10 Fälle von Blutungen post partum mit, bei denen er teils curetettierte, teils digital austastete und ausräumte.

Auch M o d i a n o (38) empfiehlt die Abrasio im Wochenbett.

L. S e i t z (49) führt eine Curettage in fieberfreien Fällen durch, wenn die konservativen Methoden nicht zum Ziel führen. In fieberhaften Fällen rät er das Fieber erst zu beseitigen und, wenn das nicht möglich ist, eine Curette als ultima ratio zu verwenden.

F r i t s c h (17) curetettierte 8 Fälle, rät aber von der Abrasio ab, da von diesen 8 Fällen 4 starben.

Zu dem Thema: Soll man Plazentaresten nach reifer Geburt entfernen oder nicht? schreibt H ö r m a n n (23) folgendes:*)

" In einer kleinen Anzahl von Fällen ließ sich also die Verwendung von allerdings nur stumpfen Instrumenten nicht umgehen, ohne daß dadurch die günstigen Resultate beeinflußt worden wären. "

Bei 23 Fällen von Plazentaretention arbeitete er 9 mal instrumentell (3 mal mit der Eizange, 6 mal mit der stumpfen Curette).

Eine weitere Methode, die Plazentaresten zu beseitigen, wird von G.A. W a g n e r (62) in anlehnung an die

+) (23) a.a.O. Seite 424

Methode von E. F r e u n d (16) angegeben: +)

Verdauung der Plazentarestes mit Pepsin-Salzsäurelösung (Pepsin 1,0, Acid.hydrochloric.conc. 5,0, Aq. dest.ad 1000,0)

Technik: Mit einer Art Metalloklusivpessar, das zentral durch ein kleines, bis über den inneren Muttermund reichendes, leicht gebogenes Metallröhrchen durchsetzt ist, mit welchem ein Gummischlauch kommuniziert, die beste Möglichkeit, die Flüssigkeit in den Uterus zu bringen.

Eine weitere Methode gibt uns V a r e l a (59) an: Dilatation bis Hegar 26. Auswischen der Uterushöhle mittels einer Kornzange, die mit Gaze umwickelt ist. Gaze mit Jodtinktur 1:15 getränkt. Er schreibt dazu folgendes: ++)

" Beinahe immer entfernt diese Reinigung das, was das Übel fortdauern läßt, d.h. es werden zersetzte Blutkoagula, sowie Eihaut- und Plazentarestes entfernt. "

Nach dem Auswischen Spülung mit Wasser (48-50° C) mit Zusatz von 96 %igem Alkohol. Einlegen von zwei Gummidrainen, wodurch beliebig oft mit Dakinscher Lösung gespült werden kann.

V a r e l a wischt öfters aus, einmal genüge selten. Einige Fälle wischte er bis 7 mal aus.

Ebenfalls hat Z a n g e m e i s t e r (66) eine eigene Methode: Fieberfreie Fälle behandelt er folgendermaßen:

Portio im Spekulum einstellen, anhängen, mit der Winterschen Abortzange vorsichtig in den Uterus eingehen. Instrument öffnen, schließen und wieder herausziehen. Meist befindet sich dann der Plazentarpolyp in der Zange. Wenn nicht, oder wenn es danach blutet, Gaze einle-

+) (62) a.a.O. Seite 339 - ++) (59) a.a.O. Seite 1276

gen als leichte Tamponade und zugleich Drainage. Z a n g e m e i s t e r Macht keine nachträgliche digitale Kontrolle, um eine mechanische Reizung zu vermeiden. Wenn beim Wechsel der Gaze noch Blutungen infolge Retention von Plazentaresten auftreten, Wiederholung des Greifens mit der Winterischen Abortzange. Wenn die Gaze blutfrei ist und die Temperatur normal, Einstellung der Drainage.^{+))}

IV. Therapie der Wochenbettsblutungen bei gleichzeitig bestehendem Fieber

Bei septisch infizierten Uteri finden wir in der Literatur folgende Behandlungsmethoden:

Die überwiegende Mehrheit der Autoren ist in den Fällen der septisch infizierten Uteri für die Exstirpation des Uterus.

Durch Loslösung des verjauchten Plazentarestes, in dem auch meist virulente Keime sind, werden die uteroplazentaren Venen eröffnet und dadurch der Weg in die Blutbahn für die Keime frei. " Es muß in den meisten Fällen eingegriffen werden. " (S i g w a r t (54)).⁺⁺⁾

Auch S t o e c k e l (57) betont ausdrücklich, daß die abwartend konservative Behandlung wie beim fieberhaften Abort nach Winter und Walthard kaum anzuwenden ist, wegen der Gefahr der fortschreitenden Sepsis.

Auch W a g n e r (63) spricht sich für die Totalexstirpation des Uterus wegen Plazentaretention bei fiebernden Wöchnerinnen aus. Er gibt bei verjauchten zu-

^{+))} (66) a.a.O. Seite 389 - ⁺⁺⁾ (54) a.a.O. Seite 161

rückgebliebenen Plazentaresten vor der digitalen Ausräumung prinzipiell der Totalexstirpation den Vorrang, wenn Fieber und Blutung zum Handeln zwingen.

Bereits 1886 operierte B.S. S c h u l t z e den ersten derartigen Fall durch die supravaginale Amputation des Uterus wegen Verjauchung der in einem Horn eines Uterus bicornis inkarzerierten Plazenta mit Erfolg.⁺)

Auch P h i l i p p (42) steht auf dem Standpunkt Wagners.

Ebenso fordert L a t z k o (32) die Totalexstirpation bei Retention, wenn deren Entfernung auf dem gewöhnlichen Weg mit einer besondern Gefahr für die Wöchnerin verbunden ist.

Auch H.H. S c h m i d (45) zieht die Entfernung der ganzen Gebärmutter mit dem darin haftenden Rest oder Plazentarpolypen ohne vorherigen Versuch der Lösung vor, für alle Fälle mit Zeichen ganz schwerer septischer Infektion und Blutungen im Spät-Wochenbett.⁺⁺)

H a m m e r s c h l a g (21) hält eine Totalexstirpation nur dann für nötig, wenn gleichzeitig mit einer intrapartalen Infektion eine Totaladhärenz der Plazenta besteht.

B a l a r d (4) empfiehlt die Totalexstirpation in den Fällen mit Retention, in denen innerhalb 24-36 Stunden nach vorangegangener Ausräumung des Cavum uteri die Temperatur nicht sinkt und die Blutung nicht steht.

Die Hysterektomie wird ferner angegeben in Fällen von unstillbarer Blutung oder schwerer Infektion von A.

A l b a n e s e (3), A. C o u v e l a i r e (9), E c h e v e r r i a (11), F.d' E r c h i a (13).

Bei Fieber geht Z a n g e m e i s t e r (66) folgendermaßen vor:

⁺) zitiert nach W. Sigwart (54) a.a.O. Seite 162

⁺⁺) (45) a.a.O. Seite 899

Täglich Gaze in den Uterus zur Drainage und Tamponade. Vorläufig kein Versuch, den Rest zu entfernen. Die Temperatur pflegt dann abzufallen und der Rest löst sich, so daß er nach einigen Tagen mit der Zange herausgeholt werden kann. Er warnt in diesen Fällen vor der bimanuellen Ausräumung unter starken Bewegungen und Drücken des Uterus.⁺)

Dem gegenüber führt W. L ü t t g e auch in fieberhaften und septischen Fällen eine Curettage in der oben angegebenen Art durch, wie aus den nachfolgenden Fällen von Wochenbetts-Curettagen an der Staatl. Frauenklinik Bamberg ersichtlich ist.

V. 30 Fälle von Wochenbetts-Curettagen aus der Staatlichen Frauenklinik in Bamberg

In den Jahren 1934 bis Mai 1958 wurden an unserer Klinik 30 Curettagen im Wochenbett durchgeführt. Während dieses Zeitraumes von 24 Jahren wurden insgesamt 50164 Geburten registriert. Daraus folgt, daß also etwa auf 2000 Geburten eine Wochenbetts-Curettage wegen starker Blutungen entfällt. Davon verliefen 11 Fälle ohne jegliche Temperatursteigerung vor oder nach der Abrasio. Lediglich drei Fälle zeigten eine Temperatursteigerung nach der Curettage, wobei bei einem Fall eine Gonorrhoe nachgewiesen werden konnte. In allen drei Fällen (Fall 13, 21 und 24 - Fieberkurven V, X, XI) konnte das Fieber leicht beherrscht werden und sank nach einigen Tagen auf Antibiotika zur Norm ab.

Eine Temperatursteigerung vor dem Eingriff war bei 16 Fällen vorhanden. Davon 10 Fälle mit Temperaturen über 39° und zum Teil mit Schüttelfrösten. Nach der Abrasio

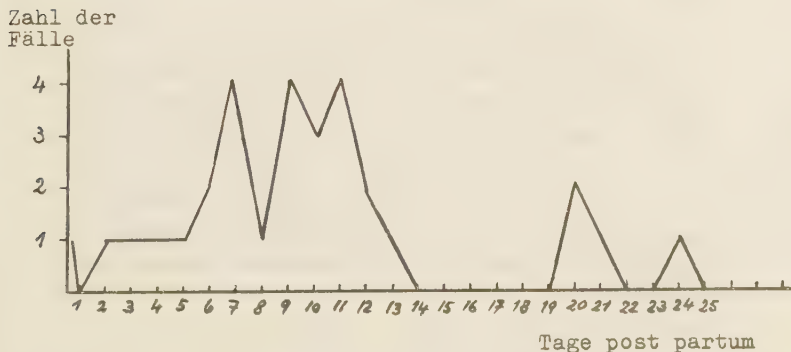
⁺) (66) a.a.O. Seite 389

sank bei all diesen fieberhaften Fällen die Temperatur prompt zur Norm ab und der weitere Verlauf war komplikationslos.

Eine Ausnahme bildet Fall 9, bei dem lediglich in den ersten Tagen des Wochenbetts subfebrile Temperaturen herrschten und bei dem wegen anhaltender Blutungen 3 mal eine Abrasio durchgeführt werden mußte, bis die Blutungen zum Stehen gebracht werden konnten, und zwar eine Curettage am 21., 33. und 51. Tag post partum. Besonders möchte ich noch auf Fall 11, Kurve III hinweisen, bei dem nach einer missed abortion Blutungen und eine beginnende Sepsis mit höheren Temperaturen und Schüttelfrösten zum Eingriff zwangen. Auch hier fiel die Temperatur nach drei Tagen zur Norm ab und der weitere Verlauf war komplikationslos.

Besonders eindrucksvoll ist auch Fall 15, Kurve VI.

Das zeitliche Auftreten der Blutungen, die zur Curettage zwangen, mag folgendes Schema veranschaulichen:



Daraus folgt, daß 22 Fälle (= 73 %) zwischen dem 5. und 13. Tag post partum curettiert wurden.

Die Fälle im einzelnen:

- 1.) 34-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Knaben. Anhaltende stärkere Blutungen, subfebrile Temperaturen. Am 11. Tag post partum Curettage. Es entleeren sich reichlich Blutkoagel und Schleimhaut, keine Plazenta. Temperatur am nächsten Tag unter 37° , komplikationsloser weiterer Verlauf. Entlassung am 6. Tag nach der Abrasio.
- 2.) 20-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Mädchen. Temperaturen bis 39° und 40° . Am 7., 9. und 10. Tag Schüttelfrost. Curettage am 10. Tag post partum. Es entleert sich nekrotische Decidua, histologisch nachgewiesen. Zwei Tage nach der Abrasio Entfieberung, nach 6 Tagen Entlassung.
(Fieberkurve I).
- 3.) 30-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Mädchen. Manuelle Lösung der Plazenta bei Uterus myomatosus. Uterus von Myomknoten durchsetzt. Am 2. und 3. Tag Bluttransfusionen wegen Anämie von 35 % Hb. Am 3. und 4. Tag mehrfach Schüttelfröste und Temperaturanstieg auf $40,4^{\circ}$. Am 4. Tag Curettage. Es entleert sich kaum Gewebe. Am nächsten Tag Temperaturabfall, 10 Tage nach der Abrasio Entlassung, bei einem Hb.-Wert von 55 %.
(Fieberkurve II).
- 4.) 21-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Mädchen. Nachgeburtsperiode kom-

plikationslos. Wegen anhaltender Temperaturen Curettage am 12. Tag post partum. Es entleeren sich alte Blutkoagel, Eihautreste, keine Plazenta. Am 8. Tag nach der Abrasio Entlassung.

- 5.) 20-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines reifen lebenden Mädchen. Atonie. Hb 35 %. Bluttransfusion. Subfebrile Temperaturen. Am 9. Tag Curettage. Es entleeren sich zersetzte Eihautreste, keine Plazenta. Entlassung am 6. Tag nach der Abrasio bei einem Hb.-Wert von 50 %.
- 6.) 39-jährige Erstgebärende. Geburtsstillstand. Nabelschnurumschlingung. Forceps, Episiotomie, Naht. Reifes lebendes Mädchen. Wegen anhaltender Blutungen Curettage am 10. Tag post partum. Keine Temperaturerhöhung. Spätatonie. Es entleeren sich Blutkoagel und Schleimhaut. Entlassung am 9. Tag nach der Abrasio.
- 7.) 40-jährige Fünftgebärende. Wendung wegen Schräglage bei engem Becken. Kind kommt ad exitum letalis. Am 11. Tag Curettage wegen anhaltender Blutungen. Es entleert sich kaum Material. Patientin hatte keine Temperaturerhöhung. Am 8. Tag nach der Curettage Entlassung.
- 8.) 18-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Knaben. Am 5. Tag plötzlich einsetzende starke atonische Blutung, die konservativ nicht zu beheben ist. Curettage. Es entleeren sich einige Eihautreste. Anschließend Bluttransfusion. Normale Temperaturen vor und nach der Curettage. 8 Tage nach der Abrasio Entlassung. Hb 65 %.

- 9.) 39-jährige Zweitgebärende. Plazenta praevia totalis. Lebensbedrohliche Blutungen. Sektio notwendig. Kind starb nach 2 Stunden an Lebensschwache (Frühgeburt). 10 Tage nach der Sektio auftreten von Blutungen, die trotz intensivster konservativer Maßnahmen nicht zum Stehen kommen. 21 Tage nach der Sektio Abrasio mit der großen, stumpfen Curette und heiße Spülung. Wenig Material. Geringe Reste von Decidua. Endometritis. Nach 7 Tagen erneut Blutungen. Nach 12 Tagen wieder Abrasio mit der großen, stumpfen Curette. Kaum Material. Heiße Spülung, Fibrospum, Tamponade. Nach weiteren 13 Tagen erneut Blutung. Konservative Maßnahmen zeigen kaum einen Erfolg. Nach 18 Tagen nochmals Abrasio mit der großen, stumpfen Curette. Kein Material. Intrauterine Clauden-Tamponade. 14 Tage danach Entlassung. Temperaturen waren nur in den ersten 7 Tagen post partum aufgetreten. Der weitere Verlauf war fieberfrei.
- 10.) 42-jährige Fünftgebärende. Spontangeburt eines lebenden Mädchen. 8 Tage post partum Blutungen. Am 10. Tag post partum Curettage. (Große stumpfe Curette). Vorher und nachher heiße Spülung. Es entleert sich ein kleinfingerendgliedgroßer Plazentarteil. Gynergen in die Portio. Kein Fieber, Blutung steht. 4 Tage nach der Abrasio Entlassung.
- 11.) 35-jährige Patientin. Missed abortion im 7. Monat. Vaginale Sektio, da auf konservative Maßnahmen keine Wehen einsetzen. Anschließend Curettage, heiße Spülung, Tamponade und Ocrasthin wegen Atonie. 7 Tage nach der Sektio Schüttel-

frost und Temperaturen bis $39,5^{\circ}$. Beginnende Sepsis.

9 Tage nach der Sektio nochmals heiße Spülung, ganz leichte Abrasio mit der stumpfen Curette. Es entleert sich kein Material mehr. Heiße Spülung, Orasthin in die Portio.

Nach zwei Tagen Entfieberung, Besserung der Beschwerden. Nach 10 Tagen Entlassung.

(Fieberkurve III).

- 12.) 24-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines reifen, lebenden Knaben. Eihäute fehlen ganz. Plazenta erscheint vollständig. Am 7. Tag post partum Blutungen beim Aufstehen. Temperatur steigt auf 40° . Bei dem herabgesetzten Blutstatus und dem vollständigen Fehlen der Eihäute kann nicht mehr zugewartet werden. Nachtastung. Es entleeren sich die verjauchten Eihäute, die keinerlei Zeichen der Resorption oder Ausstossung zeigen. Heiße Spülung. Abrasio mit der stumpfen Curette, Pituglandol intrauterin, heiße Spülung. Nachtastung, Gynergen. Am nächsten Tag Entfieberung, Blutung steht. Entlassung 4 Tage nach der Curettage. (Fieberkurve IV).

- 13.) 38-jährige Drittgebärende. Spontangeburt eines lebenden Knaben. Stärkere Blutung. Credé. Plazenta stark aufgerissen und aufgerauht. Verdacht auf Unvollständigkeit. Patientin blutet stark weiter. Nachtastung, Entfernung einiger Reste, heiße Spülung. Uterus gut kontrahiert. Am 4. Tag post partum Nachblutung beim Aufstehen. Am 6. Tag stärkere Blutung. Eisblase, Gynergen.

Blutung steht nicht restlos. Nochmals Nachtas-
tung. Heiße Spülung, Curettage. Es entleeren
sich noch kleine Gewebsteile. Heiße Nachspü-
lung. Danach steht die Blutung.

Nach 5 Tagen steht die Patientin bei Wohlbefin-
den auf. 9 Tage nach der Curettage Entlassung.
(Fieberkurve V).

14.) 32-jährige Drittgebärende. Spontangeburt eines
lebenden Knaben. Nach 15 Minuten folgt die Nach-
geburt von selbst nach Schultze und ist voll-
ständig. Nach 8 Stunden wegen starker Nachblu-
tung Nachtastung und Abrasio. Es entleeren sich
reichlich Blutkoagel, kaum festes Material. Auf
heiße Spülung kontrahiert sich der Uterus gut,
Blutung steht. Nach 6 Tagen Entlassung.

15.) 20-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines
lebenden Knaben. Am nächsten Tag Temperaturan-
stieg bis $39,3^{\circ}$ und Schüttelfrost. Am 3., 4. und
6. Tag Temperaturzacken bis $40,1^{\circ}$ und jeweils
Schüttelfröste. Am 6. Tag post partum Nachtas-
tung wegen Verdacht auf Plazentaretention. Hei-
ße Spülung, vorsichtige Abrasio mit der großen,
stumpfen Curette, heiße Spülung. Es entleeren
sich Eihautreste. Am nächsten Tag Temperatur nor-
mal, es blutet nicht nach. Am 7. Tag nach der Ab-
rasio Entlassung.
(Fieberkurve VI).

16.) 24-jährige Drittgebärende. Spontangeburt eines
lebenden Knaben. Manuelle Plazentalösung nach
3 Stunden. Da die Temperatur trotz Eisblase und

Secale nicht zur Norm abfällt und der Puls hoch bleibt, am 7. Tag post partum Abrasio mit der großen, stumpfen Curette. Vorher und hinterher heiße Spülung. Es entleeren sich einige Eihaut- und fragliche Gewebsreste. Temperatur und Puls normalisieren sich nach zwei Tagen. Entlassung vier Tage nach der Abrasio.
(Fieberkurve VII).

- 17.) 40-jährige Viertgebärende. Frühzeitiger Blasen-sprung bei mens VII. Querlage. Wehenschwäche. Einleitung der Geburt mit Chinin, sine effecto. Metreurynter. Muttermund für einen Finger durchgängig. Aufstöpseln bis Hegar 26. Braxton-Hicks mißlingt. Nochmals Metreurynter. Digitale Muttermunddehnung. Danach Muttermund für drei Finger durchgängig. Wendung. Herunterholen eines Fußes, Belastung. Keine Herztöne mehr. Geburt eines toten Mädchen. Plazenta wird spontan nach Schultze ausgestoßen. Eine Stelle erscheint verdächtig auf Unvollständigkeit. Defekt entstand während der Operation.
Mangelnde Rückbildung und stärkere Blutung im Wochenbett. Da die Blutungen auf konservative Mittel nicht zum Stehen gebracht werden können, am 7. Tag post partum digitale Nachtastung und Curettage. Heiße Spülung vorher und nachher. Es entleeren sich massenhaft alte Blutkoagel und ein größeres foetides, anscheinend Speckgerinsel. Von der Cervix nach links geht eine Tasche ins linke Parametrium. Uterus bicornis? Untere Überdehnung durch Metreuryse? Cervix-Riß? Nach der Curettage Uterustamponade.
Danach wird die Blutung geringer und steht nach

4 Tagen vollständig. Keine Temperaturerhöhung.
12 Tage nach der Abrasio Entlassung.

- 18.) 31-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines scheinbaren toten Mädchen. 3 Tage post partum Temperatur bis 39° . Wochenfluß rot, Verdacht auf Plazentaretention. 7 Tage post partum heiße Spülung, digitale Nachtastung; An der Uterushinterwand sitzt in etwa Kleinhandtellergröße ein weiches, schwammiges Gewebe, das sich digital nicht lösen läßt, da sehr adhaerent mit der Uteruswand (festsitzender Plazentarpolyp?). Anschließend werden mit der Faßzange und der grossen, stumpfen Curette noch einige Gewebsbrocken entfernt. (Die histologische Untersuchung ergibt nekrotisches, entzündliches, zum Teil in Organisation begriffenes Plazentargewebe). Heiße Spülung Tamponade. Am nächsten Tag Temperaturabfall. Blutung steht. Entlassung 9 Tage nach der Curettage.
(Fieberkurve VIII).

- 19.) 38-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines lebenden Mädchen. 11 Tage post partum Curettage, da die Patientin trotz konservativer Behandlung (Eisblase, Gynergen) seit dem Partus weiterblutet. Vorher und nachher heiße Spülung. Die histologische Untersuchung des Materials ergibt Blutkoagula und Fibrinstückchen von Leukocyten durchsetzt, einige Stückchen frischen Granulationsgewebes, ein Rest nekrotischer Decidua. Blutung steht nach der Curettage. Nach fünf Tagen Entlassung. Keine Temperaturerhöhung.

- 20.) 37-jährige Erstgebärende. Beckenausgangszange. Plazenta folgt nicht auf Credé; manuelle Lösung, heiße Spülung.
- 5 Tage post partum Temperaturanstieg bis über 39° . Am 6., 7. und 8. Tag weiterer Anstieg bis über 40° . Cystopyelitis mit starkem Urinbefund. Trotz entsprechender Therapie gehen weder die Temperaturen noch die Schmerzen zurück. Annahme einer Plazentaretention. Deshalb 8 Tage post partum nach heißer Spülung Nachtastung: Rauhe Stellen am linken Funduswinkel. Abrasio mit der großen, stumpfen Curette. Es entleert sich ein erbsengroßes Stück Gewebe und eine Menge Blutkoagel. Stauung wird durch nochmalige heiße Spülung behoben. Nach zwei Tagen fieberfrei. (Fieberkurve IX).
- 21.) 17-jährige Erstgebärende. Aufnahme als Halbentbundene. Spontangeburt eines unreifen, lebenden Knaben, Plazenta folgt spontan nach Schultze. Sie erscheint vollständig. Am nächsten Tag starke hellrote Blutung. Uterus steht etwas unterhalb des Nabels. Da die Blutung auf Eisblase und Gynergen nicht steht, Nachtastung 41 Stunden post partum. Es entleeren sich nur kleine Gewebsbröckchen und ein Stückchen Eihaut. Leichte Curettage, heiße Spülung. Blutung steht. Temperaturanstieg bis 40° am zweiten Tag nach der Abrasio. Das Kind zeigt eine Blenorrhoea gonorrhoeica, Mutter sepsis gonorrhoeica. Penicillin für Mutter und Kind. Daraufhin Temperaturabfall nach 6 Tagen. (Fieberkurve X).

- 22.) 21-jährige Erstgebärende. Spontane Frühgeburt mens VI. Kind atmet, stirbt jedoch nach einem halben Tag an Lebensschwäche. Patientin blutet stark. Abrasio am dritten Wochenbettstag. Blutung steht, kein Temperaturanstieg.
- 23.) 24-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines lebenden Knaben. Am 4. Tag post partum Temperaturanstieg auf $38,5^{\circ}$ und stärkere Blutungen. Auf konservative Therapie zunächst Schwächerwerden der Blutung, dann jedoch wieder verstärkt einsetzend. Temperatur bleibt jetzt normal. Am 24. Tag post partum Sagrotan-Spülung und Nachtastung: Es wird ein etwa pflaumengroßer Plazentarpolyp entfernt. Curettage und wieder Sagrotan-Spülung. Blutung steht. Nach 4 Tagen Entlassung.
- 24.) 33-jährige Erstgebärende. Spontangeburt eines lebenden Mädchen. 13 Tage post partum beim Spaziergehen plötzliches Auftreten einer starken Blutung (200 bis 300 ccm hellrotes Blut). Auf Gynergen kommt die Blutung nicht zum Stehen, deshalb heiße Sagrotan-Spülung, Austastung, leichte stumpfe Curettage. Es entleeren sich lediglich starke Blutkoagel. Nochmals heiße Sagrotan-Spülung. Pituglandol-Injektion in den Muttermund. 3 Tage danach Temperaturanstieg auf $38,8^{\circ}$, fällt auf Fibrat in am nächsten Tag wieder zur Norm ab. Kein weiterer Temperaturanstieg, Blutung steht. Entlassung 11 Tage nach der Abrasio. (Fieberkurve XI).
- 25.) 37-jährige Viertgebärende. Spontangeburt eines lebenden Knaben. In den ersten Wochenbettstagen

subfebrile Temperaturen und blutige Lochien. Am 6., 7. und 8. Tag zunehmende Blutungen und abendliche Temperaturen bis $39,3^{\circ}$. Am 9. Tag wird wegen starker Blutung in Äthernarkose digital in den Uterus eingegangen und einige Plazentaresten entfernt. Nach-Curettage mit stumpfer Curette. Weitere Behandlung mit Secale und Prontosil. Temperatur fällt ab, keine Blutung mehr. Nach 11 Tagen in gutem Allgemeinzustand Entlassung. (Fieberkurve XII).

- 26.) 36-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines lebenden reifen Mädchen. Nach Credé in Narkose folgt die Nachgeburt zum größten Teil. Der Rest wird mit den Eihäuten manuell gelöst. Heiße Alkohol-Spülung. Temperatur zwischen 37 und 38° . Am 12. Tag post partum Blutungen. Gynergen, Eisblase, Alkohol-Spülung ohne durchschlagenden Erfolg. Am 20. Tag post partum stumpfe und scharfe Curette, Pituglandol, heiße Alkohol-Spülung, lockere Tamponade. Zur Entfernung kamen 2 ca. bohngroße Stückchen Plazentargewebe. Am nächsten Tag Ziehen der Tamponade. Blutung steht, keine wesentliche Temperaturerhöhung.

- 27.) 37-jährige Erstgebärende. (3. Gravidität). Spontangeburt eines lebenden Knaben. Plazenta folgt auf Credé in Narkose. Sie ist aufgerauht. Ständig Temperaturen und Blutungen, die auf konservative Therapie nicht sistieren. Am 11. Tag post partum heiße Alkohol-Spülung, 1 ccm Pituglandol in die Portio, Nachtastung (Aufstöpseln nicht notwendig). Es sind noch festgewachsene Plazentarteile vorhanden, die teils digital, teils mit der Abort-

zange und Curette entfernt werden und insgesamt einem ca. handtellergroßen Plazentarest entsprechen. Nach-Curettage und nochmals heiße Alkohol-Spülung. Tamponade. Am nächsten Tag Entfieberung, Blutung steht.
(Fieberkurve XIII).

- 28.) 24-jährige Zweitgebärende. Spontangeburt eines lebenden Mädchen. Laufend Blutungen, die auf konservative Therapie nicht zum Stehen gebracht werden können. Am 9. Tag post partum heiße Spülung, Abrasio mit der großen, stumpfen Curette, wieder heiße Spülung. Danach steht die Blutung, keine Temperaturerhöhung.
- 29.) 40-jährige Fünftgebärende. Spontangeburt eines lebenden, schreienden Mädchen. 20 Tage post partum plötzliches Auftreten von stärkeren Blutungen. Curettage, vorher und nachher heiße Spülung. Es entleert sich nur wenig Material. Blutung steht. Entlassung nach 5 Tagen.
- 30.) 31-jährige Drittgebärende. Querlage. Wendung. Wegen anhaltender Blutungen Curettage am 12. Tag post partum. Blutungen stehen daraufhin, weiterer komplikationsloser Verlauf.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde auf die verschiedenen Methoden zur Behandlung der Wochenbetts-Blutungen, insbesondere der Blutungen infolge Plazentaretention eingegangen. Es zeigte sich dabei, daß die überwiegende Mehrheit der Autoren einen streng konservativen Standpunkt einnimmt und immer wieder vor aktivem Vorgehen, insbesondere vor Verwendung von Instrumenten warnt. Es wird dabei besonders auf die Gefahren bei intrauterinen Eingriffen hingewiesen, vor allem auf die Gefahr der Perforation des aufgelockerten Uterus und der Infektion. Aus diesen Gründen lehnen diese Autoren die Verwendung einer Curette strikt ab und versuchen auf konservativem Wege die Blutungen entweder zum Stillstand zu bringen oder zu mindest auf ein Minimum herabzudrücken, um dann evtl. nach Wochen post partum, wenn die Involution des Uterus weitgehend stattgefunden hat, eine Abrasio vornehmen zu können. Dadurch ist die Gefahr der Perforation auf ein Mindestmaß herabgedrückt und die Gefahr der Infektion mit ihren schwerwiegenden Folgen - puerperale Sepsis, Thrombophlebitis, etc. - nur noch gering.

Die meisten Autoren empfehlen die Nachtastung des Uterus und die digitale Entfernung von Nachgeburtsresten, falls mit Medikamenten allein nicht zum Ziel zu kommen ist.

Diese Einstellung hat ohne Zweifel eine große Berechtigung, denn jeder Geburtshelfer ist sich über die Perforationsgefahr im puerperalen Uterus im klaren und fürchtet ebenso wie jene Autoren die puerperale Infektion. Besonders bei fieberhaften Fällen wird vor intrauterinen Eingriffen nachdrücklichst gewarnt. Es

wird versucht, entweder durch konservative Maßnahmen die erhöhten Temperaturen zu normalisieren. Falls damit kein Erfolg erzielt wird und bei Fieber starke Blutungen zum Handeln zwingen, wird lieber die Totalexstirpation der Gebärmutter vorgenommen.

Entgegen dieser konservativen Einstellung bevorzugen einige Autoren, insbesondere Franzosen und Italiener die Verwendung der Curette bei schwerwiegenden Wochenbetts-Blutungen infolge Retention von Nachgeburtsresten.

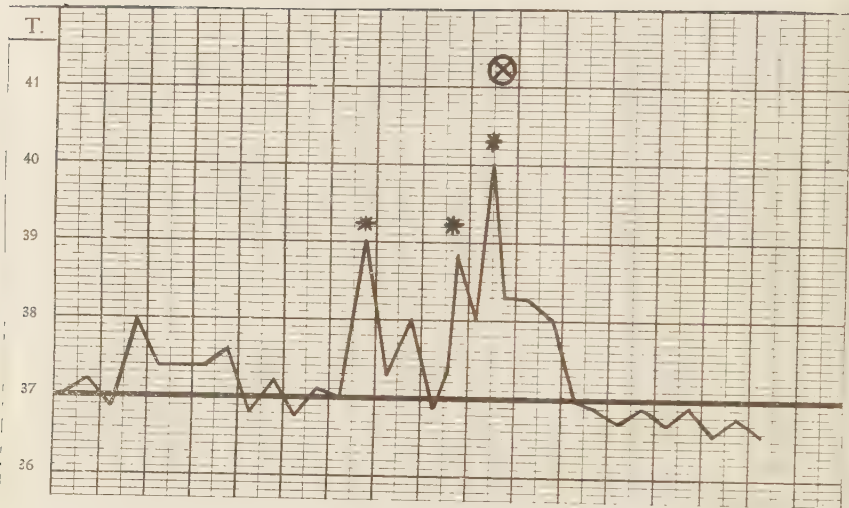
Aus der Staatlichen Frauenklinik Bamberg wurden 30 Fälle von Curettagen im Wochenbett zusammengestellt, die in dem Zeitraum von 1934 bis 1958 durchgeführt wurden. Selbstverständlich wurde bei all diesen Fällen zunächst versucht mit konservativen Methoden zum Ziel zu gelangen und nicht von vornherein wahllos zur Curette gegriffen. Dies mag bestätigt werden durch die Tatsache, daß auf etwa 50.000 Geburten 30 Wochenbetts-Curettagen entfallen. Dadurch wurde in all diesen Jahren niemals eine Totalexstirpation des Uterus wegen Plazentaretention notwendig. Der Erfolg dieser Methode ist eindeutig. Alle 30 Fälle konnten geheilt werden; in den meisten Fällen konnten die Patientinnen bereits nach etwa 8 Tagen nach dem Eingriff bei vollem Wohlbefinden nach Hause entlassen werden.

Es wurde dabei keine Rücksicht genommen, ob Fieber bestand oder nicht. Im Gegenteil, oft bildeten gerade hohes Fieber und Schüttelfröste die Indikation zum Eingriff (16 Fälle hatten erhöhte Temperaturen, davon 10 über 39°). Dabei konnte bei diesen Fällen beobachtet werden, daß die Temperatur nach der Abrasio prompt

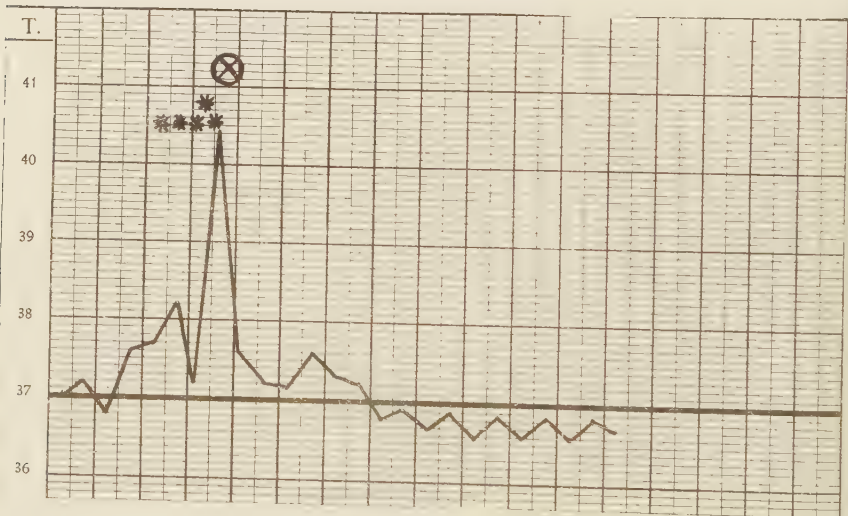
abfiel und nach etwa zwei bis drei Tagen normal war. Ich halte es somit für bewiesen, daß die Ansicht von W. L ü t t g e , daß es wesentlich ist die mit Keimen durchsetzte Uterusschleimhaut zu entfernen, richtig ist, gemäß der alten Ansicht ubi pus, ibi evacua.

Gleichzeitig geht aus diesen Erkenntnissen hervor, daß die Gefahr der Perforation der Uteruswand nicht so groß ist, wie bisher allgemein angenommen wurde, wenn man neben der Ausschabung Maßnahmen ergreift, um den Uterus zur Kontraktion zu bringen, wie es an unserer Klinik durchgeführt wird, indem vor und nach dem intrauterinen Eingriff eine heiße Spülung ausgeführt wird und gleichzeitig Secale-Präparate injiziert werden. Auch die Gefahr der gefürchteten Keimverschleppung wird dadurch herabgesetzt, weil die vorherige Spülung eine gewisse Reinigung der Gebärmutterhöhle und eine Kontraktion der Gefäße bewirkt.

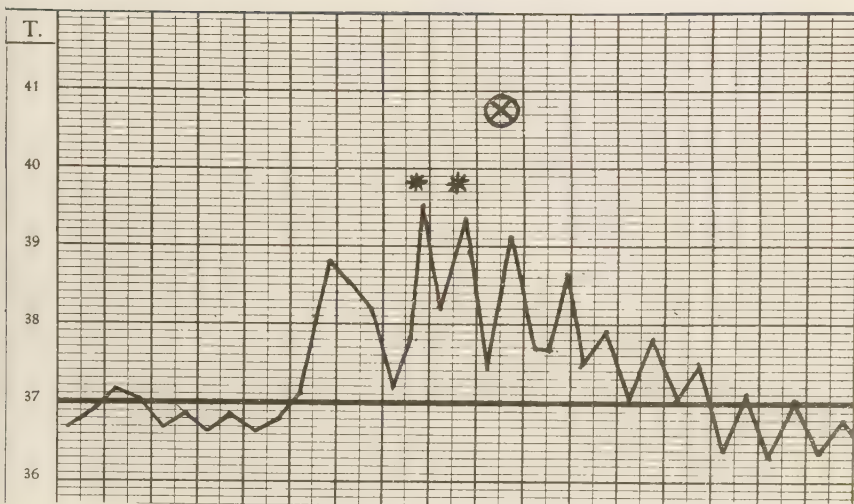
Herrn Prof. Dr. W. L ü t t g e danke ich ergebenst für die Stellung des Themas und die Übernahme des Referates, Herrn Prof. Dr. R. D y r o f f für die Übernahme des Korreferates.



Kurve I



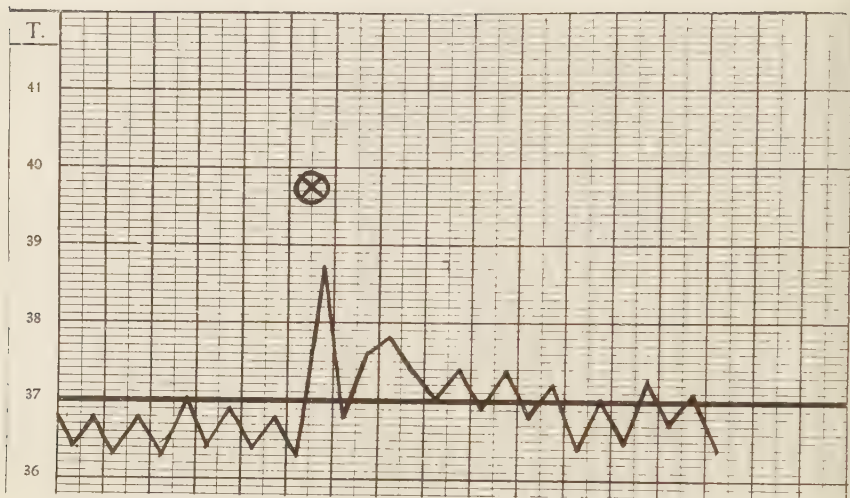
Kurve II



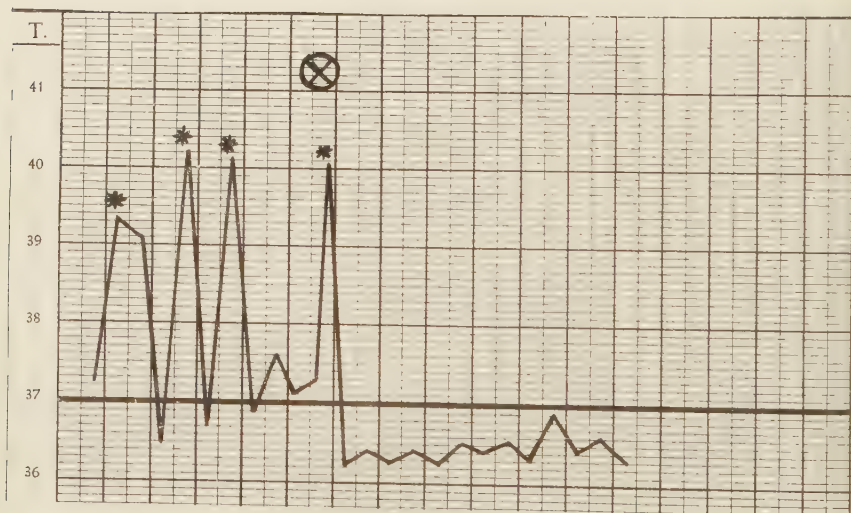
Kurve III



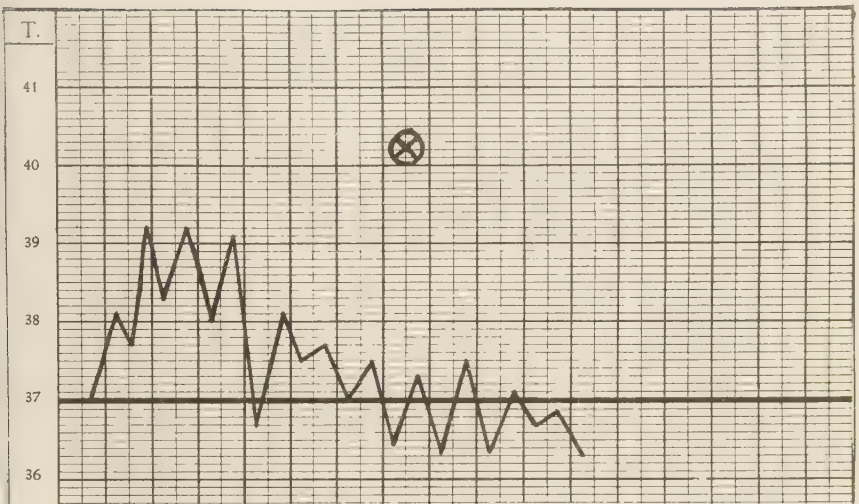
Kurve IV



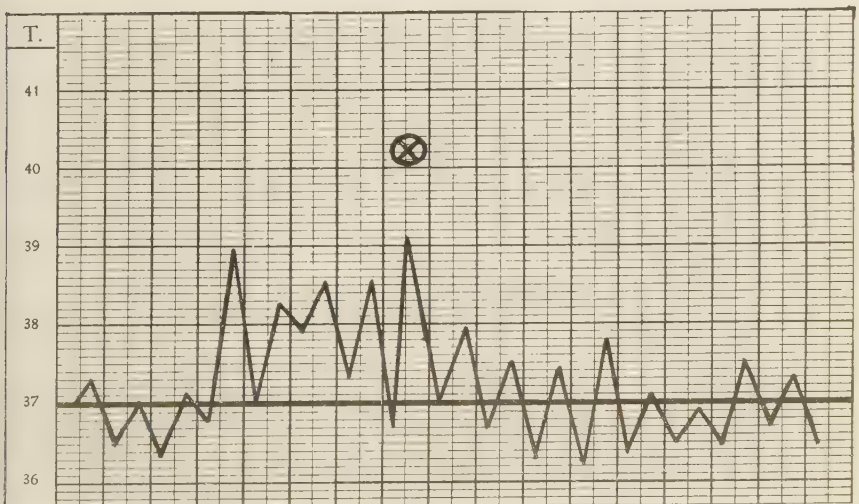
Kurve V



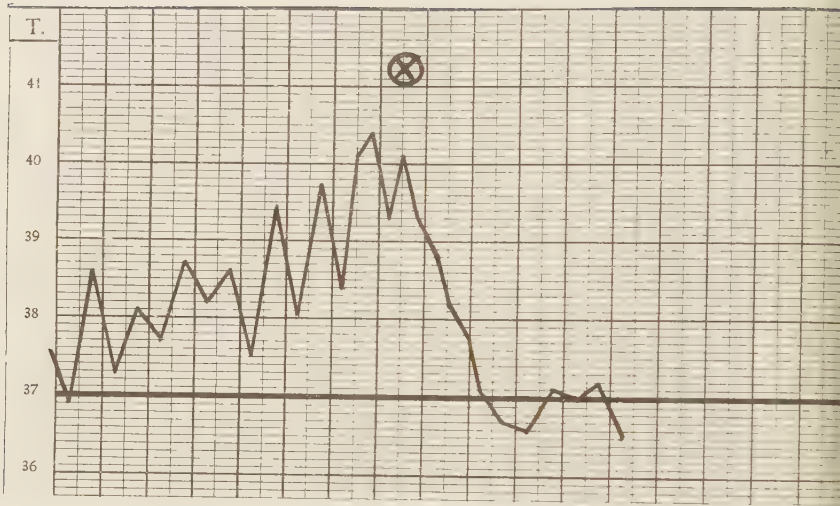
Kurve VI



Kurve VII



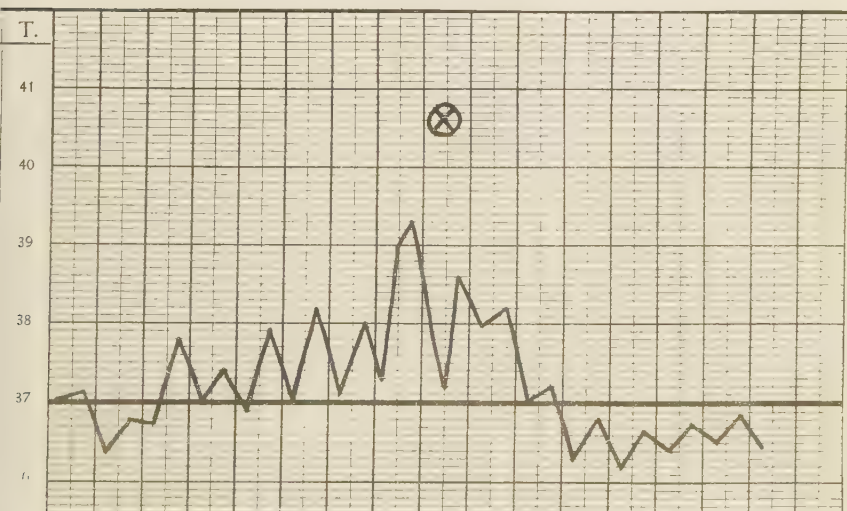
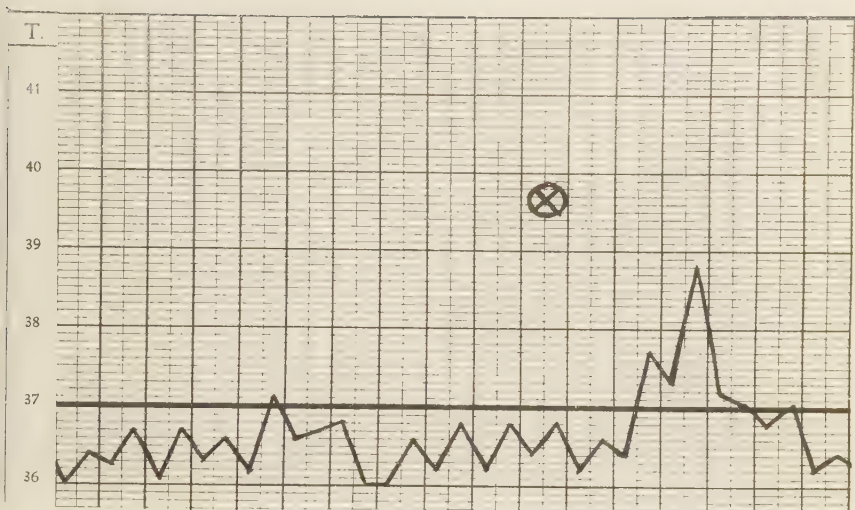
Kurve VIII

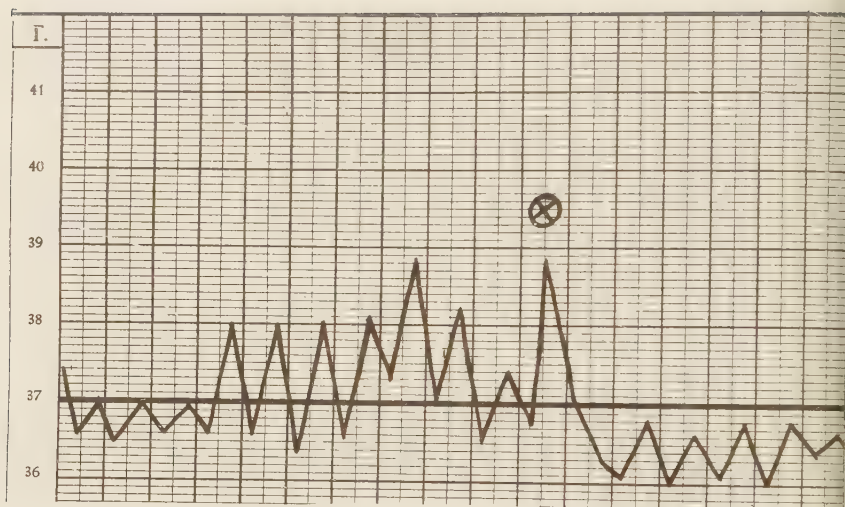


Kurve IX



Kurve X





Kurve XIII

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s :

=====

- 1) A h l f e l d , F.: Erfahrungen auf dem Gebiete der Kindbettfieberverhütung. Zbl. f. Gyn. Nr. 15 (1922), S. 562.
- 2) A h l f e l d , F.: Pathologie des Wochenbettes. Lehrbuch der Geburtshilfe von F. Ahlfeld Leipzig 1898 (2. Aufl.), S. 549-601.
- 3) A l b a n e s e , A.: Klinisch-statistischer Beitrag zur Therapie der Spätblutungen im Wochenbett. Riv. ital. Ginec. 5 (1932). Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 58, T. 2, Nr. 22 (1934), S. 1287.
- 4) B a l a r d , P.: Blutungen im Wochenbett. Rev. franç. Gynéc. 5 (1930). Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 58, T. 2 (1934), S. 1286.
- 5) B a l a r d , P.: Die Wochenbettsblutungen. Klinische und therapeutische Studie aufgrund von 50 Beobachtungen aus Bordeaux. Rev. franç. Gynéc. 25 (1930), S. 317-321. Ref. Ber. Gynäk. Bd. 18 (1930), S. 262.
- 6) v . B r a u n - F e r n w a l d , R.: Genitalblutungen bei Wöchnerinnen. v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden 1906. Bd. 3, T. 2, S. 174-240.
- 7) B u m m , E.: Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. München und Wiesbaden 1922 (12. Aufl.)
- 8) C a p p o n , J.: De la rétention partielle du placenta apres l accouchement a terme. Inaug. Diss. Paris. Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 30 T. 2 (1906), S. 889.
- 9) C o u v e l a i r e , A.: Die Behandlung der Spätblutungen im Wochenbett. Gynéc. et Obstétr. 34 (1931), 2. Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 58, T. 2 (1934), S. 1287.
- 10) D i e t e l , H.: Die Anwendung der Curette in der Nachgeburtsperiode. Zbl. f. Gyn. Nr. 37 (1938), S. 2044.

- 11) E c h e v e r r i a , A.: Die Spätblutungen im Wochenbett. Bol. clin. obstétr. 17 (1930) Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 58, T. 2 (1934), S. 1286.
- 12) E l l e r b r o e k : Einige Bemerkungen über die chirurgische Behandlung des Puerperalfiebers. Münchn. med. Wschr. Nr. 44 (1923), S. 1343.
- 13) d ' E r c h i a , F.: Beitrag zur Kenntnis der Spätblutungen im Wochenbett. Riv. ital. Ginec. 13 (1931), 83. Ref. Zbl. f. Gyn. Bd. 58, T. 2 (1934), S. 1287.
- 14) F e l k e l , R.: Zur Verwendung der Curette in der Nachgeburtsperiode. Gebfra H. 4 (1943), S. 163.
- 15) F r a n k l , O.: Über Spätblutungen post partum et abortum. Gyn. Archiv 129, (1927), H. 1, S. 87.
- 16) F r e u n d , R.: Über Spätblutungen und Genitalinfektion im Wochenbett. Zt. f. ärztl. Fortb. Nr. 22 (1908), 5. Jg.
- 17) F r i t s c h , H.: Über Auskratzung des Uterus nach reifen Geburten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 21 (1891), S. 456.
- 18) F r o m m e , Fr.: Blutungen im Wochenbett. Physiologie und Pathologie im Wochenbett von Fr. Fromme. Berlin 1910. S. 225-230.
- 19) F r o s c h a u e r , F.: Die postpartale Blutung. Gebfra 11 (1951), S. 551.
- 20) G r a n z o w , J . u . L a n g e n h o f f , G.: Die Folge von Zurückbleiben von Plazentaresten nach der Geburt. Dt. med. Wschr. Nr. 25 (1938), S. 881.
- 21) H a m m e r s c h l a g : Infizierter Uterus mit Retentio placentae. Z. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 104 (1933), S. 350.
- 22) H o e h n e , O.: Über die Behandlung retinierter Plazentareste. Ref. Zbl. f. Gyn. Nr. 49 (1914), S. 1465.
- 23) H ö r m a n n , K.: Soll man Plazentareste nach reifer Geburt entfernen oder nicht? Mschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 34 (1911), S. 412.

- 24) H o l l s t e i n , K.: Lebensbedrohliche Blutung im Wochenbett infolge Zurückbleibens von Decidua-aresten. Zbl. f. Gyn. Nr. 29 (1939), S. 1610.
- 25) K a t z , H.: Über die Bedeutung der Austastung des Uterus post partum zur Entfernung zurückgebliebener Plazentaresten. Zbl. f. Gyn. Nr. 12 (1925), S. 637.
- 26) K e h r e r , F.A.: Die Spätblutungen im Wochenbett. Der praktische Arzt. Nr. 1 u. 2. (1876).
- 27) K e h r e r , F.A.: Blutungen im Wochenbett. Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1889, Bd. 3. S. 434.
- 28) K e r m a u n e r , F.: Die Ursachen der Nachgeburtsblutungen. Referat, gehalten auf der 19. Tagung der D. Ges. f. Gyn. in Wien. A. f. Gyn. 125 (1925), S. 149.
- 29) K e s e , G.: Die instrumentelle Entfernung des zurückgebliebenen Plazentarestes, Zbl. f. Gyn. Nr. 48 (1942), S. 1924.
- 30) K l a f t e n , E.: Zur Ätiologie der puerperalen Spätblutungen. Zbl. f. Gyn. 8 (1926), S. 474.
- 31) K ü s t e r : Spätblutungen im Wochenbett. Verh. d. Gyn. Ges. in Breslau 25. Oktober 1910. Ref. Zbl. f. Gyn. Nr. 3 (1911), S. 123.
- 32) L a t z k o , W.: Unter welchen Umständen ist die Entfernung der Gebärmutter bei Kindbettfieber gerechtfertigt? Wr. klin. Wschr. Nr. 16 (1932), S. 499.
- 33) L i m b u r g , H.: Die histologischen und klinischen Befunde bei Spätwochenbettsblutungen. Gebfra H. 3 (1948), S. 352.
- 34) L ü t t g e , W.: Vorschlag zur Herabsetzung der Gefährlichkeit des intrauterinen Eingriffes post partum. Ref. Zbl. f. Gyn. Nr. 27 (1942) S. 1064.
- 35) L ü t t g e , W.: Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Med. Klinik Nr. 36 (1940), S. 1067.
- 36) M e n a c h e , A.: Spätblutung im Wochenbett infolge Plazentaretention mit Infektion. Bull. Soc. Obstétr. Paris 1930, 20, S. 735-736. Ref. Ber. Gynäk. 21 (1932), S. 366.

- 37) v . M i k u l i c z - R a d e c k i , F.: Über die Häufigkeit und Ursachen erheblicher Wochenbettsblutungen. Münchn. med. Wschr. 40 (1952), S. 1991.
- 38) M o d i a n o , A.: Spätblutungen im Wochenbett Bull. Soc. Obstétr. Paris 1931, 20, S.229. Ref. Ber. Gynäk. 21 (1932), S. 366.
- 39) N a u j o k s , H.: Die Verwendung einer großen Curette bei retiniertem Plazentastück. Dt. med. Wschr. Nr. 35-36 (1948), S. 402.
- 40) O l s h a u s e n : Diskussion zum Vortrag von H. Fritsch: Über Auskratzung des Uterus nach reifen Geburten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 21 (1891), S. 459.
- 41) P a n k o w , O.: Plazentarest und Austastung. Mschr. f. Geb. u. Gyn. 69 (1925), H. 5/6, S. 341.
- 42) P h i l i p p , E.: Das pathologische Wochenbett. Lehrbuch der Geburtshilfe von W. Stoeckel, Jena 1951 (11. Aufl.), S. 753.
- 43) S c h a u t a , Fr.: Über Spätblutungen post partum et abortum. Wr. klin. Wschr. Nr. 1 (1912).
- 44) S c h e f f e n : Totale Inversion des puerperalen Uterus. Münchn. med. Wschr. Nr. 1 (1910), S. 42.
- 45) S c h m i d , H.H.: Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode und Spätblutungen im Wochenbett. Biologie und Pathologie des Weibes von Seitz-Amreich. Berlin, Innsbruck, München, Wien 1953 (2. Aufl.) Bd. 9, T. 3, S. 785-913.
- 46) S c h m i d , H.H.: Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode. Biologie und Pathologie des Weibes von Halban-Seitz. Berlin, Wien 1927, Bd. 8, T. 1, S. 101-357.
- 47) S c h m i d , H.H.: Lebensgefahr durch keimhaltigen Plazentarest. Zbl. f. Gyn. 12 a (1947), S. 1408-1420.
- 48) S e i f e r t , K.: Indikation und Kontraindikation zur Curettage unter Beachtung der erforderlichen Technik. Inaug. Diss. Erlangen 1951.

- 49) S m i t z , L.: Soll bei länger anhaltenden Blutungen post partum prinzipiell curettiert werden? Med. Welt Nr. 46 (1941), S. 1189.
- 50) S i e d e n t o p f , H.: Beitrag zur Frage: Aktive oder konservative Behandlung der Wochenbettsblutungen. Münchn. med. Wschr. 22 (1934), S. 828.
- 51) S i e g e l , P.W.: Genitalblutungen bei Wöchnerinnen, Handbuch der Geburtshilfe von a. Döderlein. München und Wiesbaden 1920 (1. Aufl.) Bd. 3, S. 641-684.
- 52) S i e g e r t , F.: Soll bei länger anhaltenden Blutungen post partum prinzipiell curettiert werden? Med. Welt Nr. 1 (1942), S. 20.
- 53) S i g w a r t , W.: Die Pathologie des Wochenbetts. Biologie und Pathologie des Weibes von Halban-Seitz, Berlin, Wien 1927 Bd. 8, T. 1, S. 449-862.
- 54) S i g w a r t , W.: Das Wochenbettfieber. Biologie und Pathologie des Weibes von Seitz-Amreich, Berlin, Innsbruck, München, Wien 1953 (2. Aufl.) Bd. 9, T. 3, S. 1-229.
- 55) S t e w e n s , R.: Über die Anwendung der Curette in der Nachgeburtsperiode und im Wochenbett nach rechtzeitigen Geburten. Gebfra 9 (1949), S. 356.
- 56) S t o e c k e l , W.: Über die Behandlung der Retentio placentae (Vortrag). Z. Geburtsh. 104 (1933), S. 528.
- 57) S t o e c k e l , W.: Über die Behandlung der Retentio placentae bei Fieber. Zbl. f. Gyn. Nr. 29 (1933), S. 1713.
- 58) S t o e c k e l , W.: Die pathologischen Geburtsblutungen. Lehrbuch für Geburtshilfe von W. Stoeckel. Jena 1951 (11. Aufl.), S. 458.
- 59) V a r e l a , E.: Einige Betrachtungen über die chirurgische Behandlung des Puerperalfiebers. Münchn. med. Wschr. Nr. 41 (1923), S. 1275.
- 60) V o g e l s a n g e r , Th.: Spätblutungen im Wochenbett, B. z. Geb. u. Gyn. 12 (1908) H. 3, S. 424-468.

- 61) W a g n e r , G.A.: Zur Anwendung der permanenten Tröpfchenirrigation beim Puerperalfieber. Dt. med. Wschr. Nr. 47 (1922), S. 1577.
- 62) W a g n e r , G.A.: Prophylaxe und Therapie der Spätretention von Plazentaresten nach rechtzeitigen Geburten. Mschr. Geburtsh. 69 (1925), S. 327-340.
- 63) W a g n e r , G.A.: Diskussionsvortrag zum Vortrag von W. Stoeckel: Über die Behandlung der Retentio placentae bei Fieber. Zbl. f. Gyn. 1933, S. 1718-1721.
- 64) W i n t e r , G.: Über Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentastücke. Mschr. f. Gebh. und Gyn. Bd. 39 (1914), H. 5, S. 597.
- 65) W i n t e r , G.: Die operative Geburtshilfe. Biologie und Pathologie des Weibes von Halban-Seitz, Berlin, Wien 1927, Bd. 8, T. 2, S. 435.
- 66) Z a n g e m e i s t e r , W.: Über die Retention von Plazentaresten nach rechtzeitigen Geburten. Münchn. med. Wschr. Nr. 13 (1921), S. 388.

Lebenslauf

Ich wurde am 13. Juli 1929 in Selb in Oberfranken geboren. In Selb besuchte ich 4 Jahre lang die Volksschule und anschließend die Oberrealschule, wo ich 1948 das Abitur ablegte. Im Wintersemester 1949/50 begann ich mein Studium an der juristischen Fakultät der Universität Erlangen. Nach 2 Semester wechselte ich zur medizinischen Fakultät über. 1957 absolvierte ich das medizinische Staatsexamen. Danach war ich 8 Monate an der Internen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Burghausen beschäftigt. Zur zeit bin ich an der Staatlichen Hebammenschule, Entbindungsanstalt und Frauenklinik Bamberg tätig.

Photodruck von  **Photo-Toni** ERLANGEN

Anton Meier & Co.

Erlangen - Hauptstraße 47 - Ruf 3144

